

GRAZIE!

☹ La informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata al miglioramento della qualità dei nostri servizi.

**Chiamare 0331-777934
Fisio Med Service S.r.l.**



Fisio Med Service S.r.l.

Via Monterosso, 24
21013 Gallarate (VA)
Tel. 0331-777394

Mail: info@fisiomedservice.it
www.fisiomedservice.it

FISIO MED SERVICE S.R.L
CURE ALLA PERSONA A
DOMICILIO



***QUESTIONARIO DI
GRADIMENTO***

Un mondo al tuo servizio

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO
DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE FORNITA
CON VOUCHER SOCIO-SANITARI**

Il questionario viene compilato in data _____

- Dall'utente
- Con l'aiuto di un familiare o conoscente
- Da un familiare
-

Informazioni generali riferite all'assistito

Sesso Maschio Femmina

Età in anni _____

Nazionalità Italiana Straniera

Scolarità: nessuna scuola obbligo

scuola superiore laurea o altro titolo universitario

1) E' soddisfatto delle spiegazioni fornite dal nostro personale sulle prestazioni erogate attraverso i voucher socio-sanitari?

- per nulla poco così così
- abbastanza molto non saprei

2) E' soddisfatto delle informazioni che le ha fornito il nostro personale sulle prestazioni che lei ha acquisito con un voucher socio-sanitario?

- per nulla poco così così
- abbastanza molto non saprei

3) Quali professionisti sono intervenuti a casa sua?

- Infermiere Medico di Famiglia
- Fisioterapista Medico Specialista
- Altra professione

4) Dal punto di vista pratico l'intervento del nostro operatore l'ha soddisfatta?

Infermiere: Fisioterapista

- per nulla per nulla
- poco poco
- così così così così
- abbastanza abbastanza
- molto molto
- non saprei non saprei

Altro professionista Medico Specialista

- per nulla per nulla
- poco poco
- così così così così
- abbastanza abbastanza
- molto molto
- non saprei non saprei

5) E' soddisfatto dell'organizzazione fornita dalla nostra struttura? (Orari, personale ecc.)

- per nulla poco così così
- abbastanza molto non saprei

6) E' soddisfatto del rapporto che si è creato con l'operatore che si è occupato di lei?

Nome del professionista _____

- per nulla poco così così
- abbastanza molto non saprei

7) Come valuta la tempestività del servizio durante il periodo di assistenza e nel caso fossero insorti problemi?

- insufficiente sufficiente discreta
- buona ottima non saprei

8) In assenza del servizio ricevuto tramite il Voucher e la nostra struttura, avrebbe dovuto lasciare il suo domicilio?

- Sì No non saprei

9) In caso affermativo, dove avrebbe ricevuto le cure di cui aveva bisogno?

- ospedale casa di riposo
- domicilio parenti/conoscenti altro
- non saprei

10) Quanto si ritiene soddisfatto del servizio di assistenza fornito dalla nostra Società?

- per nulla poco così così
- abbastanza molto non saprei

11) Avete incontrato difficoltà a farvi attivare un voucher socio-sanitario? E se sì, quali?

12) Avete consigli o suggerimenti che possano far migliorare il nostro servizio?

